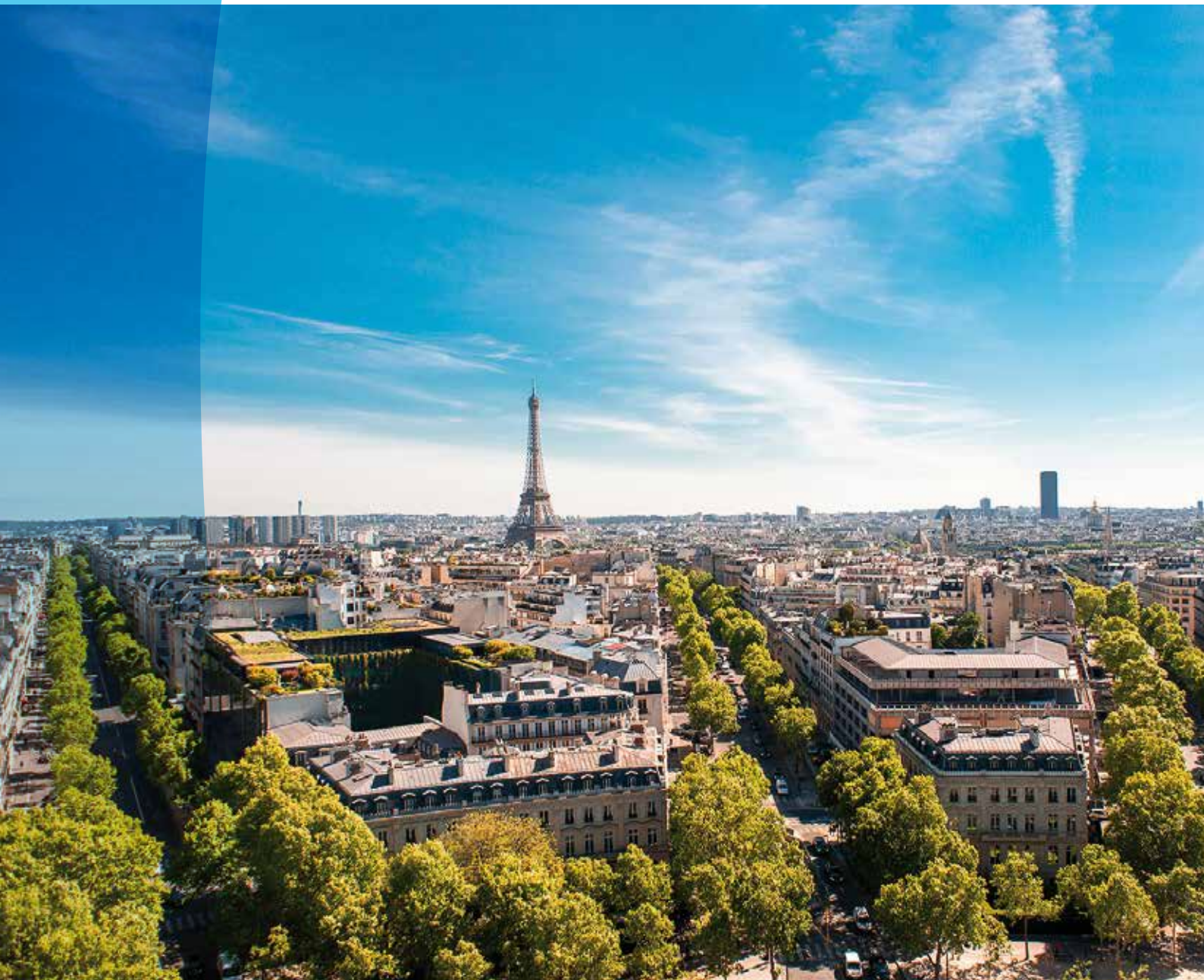


# Impatriés Santé

## Demande d'adhésion



**Hotline : +33 (0)3 28 04 69 85**

ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO  
99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq  
Tél. +33 (0)3 20 34 67 48 - Fax +33 (0)3 20 64 29 17  
contact@assur-travel.fr



**assur-travel**  
Partenaire de votre mobilité

# INFORMATIONS / CONSEILS



Afin de renforcer la protection et le service de l'assuré, veuillez trouver ci-joint la fiche « Informations et Conseils » préalable à la conclusion d'un contrat d'assurance. Ce document est nécessaire pour déterminer de façon claire et exacte vos besoins et objectifs en matière d'assurance. Il doit notamment permettre à votre courtier conseil de vous délivrer les informations et le conseil adaptés en application de l'article L.520-1 du code des assurances.

ASSUR TRAVEL exerce une activité de courtier grossiste en assurances. A ce titre, ASSUR TRAVEL conçoit et gère une offre de contrats d'assurance mobilité internationale et confie à ses partenaires Courtiers Conseils, le soin de la distribuer à leurs clients en adhérant à des contrats d'assurance collectifs à adhésion facultative souscrits par l'Association Santé Prévoyance Internationale (ASPI) auprès des compagnies d'assurance porteuses de risque. L'ASPI dont le siège est 99 rue Parmentier 59650 Villeneuve d'Ascq a pour objet de faire bénéficier à ses adhérents détachés et expatriés des contrats d'assurance aux meilleures garanties et aux meilleurs tarifs.

Votre courtier conseil est rémunéré par une commission en sa qualité de distributeur d'assurance. ASSUR TRAVEL, courtier grossiste N° Orias 07030650 est rémunéré par une commission en sa qualité de concepteur et gestionnaire du contrat d'assurance.

## I - COURTIER CONSEIL

Cachet du courtier :

N° ORIAS :

## II - INFORMATIONS LÉGALES

Le futur assuré peut vérifier l'immatriculation de son courtier conseil à l'adresse suivante :

**ORIAS : Organisme pour le registre des Intermédiaires d'Assurances**  
[www.orias.fr](http://www.orias.fr) - 1 rue Jules Lefebvre - 75311 Paris Cedex 09 - Mail : [contact@orias.fr](mailto:contact@orias.fr)

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, le contrat qui vous est proposé a été sélectionné parmi les offres émanant d'organismes d'assurance partenaires privilégiés de notre cabinet.

Nous tenons à votre disposition leurs noms et coordonnées, sur simple demande de votre part. En cas de réclamation, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse indiquée au I. Courtier Conseil.

Il est enfin rappelé les coordonnées de l'autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles :

**ACPR - Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution -**  
 4 place de Budapest CS92459 - 75436 Paris cedex 09

## III - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Par ailleurs, en tant que de besoin, nous vous précisons :

que notre cabinet détient une participation directe ou indirecte supérieure à 10% des droits de vote ou du capital de la ou des entreprise(s) d'assurance suivante(s) :

que la ou des entreprise(s) d'assurance suivante(s) :

détient (détiennent) une participation directe ou indirecte supérieure à 10% des droits de vote ou du capital émanant de notre cabinet.

## IV - INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

M.  Mme  Autre

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

E-mail :

@

Tél. :

### 1 - Situation professionnelle :

Salarié  Indépendant  Retraité  Etudiant

Quelle est votre profession ?

### 2 - Votre identité :

	Date de naissance	Sexe	
Vous :		M	F
Votre conjoint :		M	F
1 <sup>er</sup> enfant :		M	F
2 <sup>ème</sup> enfant :		M	F
3 <sup>ème</sup> enfant :		M	F
4 <sup>ème</sup> enfant :		M	F

Avez-vous une garantie santé actuellement ? OUI  NON

Si OUI, laquelle ?

### 3 - Expression de vos besoins :

Durée de votre expatriation :

Destination :

Objet :

#### Quelles sont les garanties souhaitées :

Santé 1er euro :	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Complémentaire santé (CFE ou SS) :	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Assistance rapatriement :	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Responsabilité Civile (vie privée) :	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Prévoyance décès / IAD :	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Arrêt de travail :	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

4 - Date d'effet de la garantie souhaitée :



## V - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

### Pour quelles fonctions ?

ASSUR TRAVEL, responsable de traitement, collecte des données personnelles obligatoires ayant comme base juridique la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution de contrat.

A ce titre, elles peuvent également être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercices des recours et de gestion des réclamations et de contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces informations auront également comme base juridique le respect des obligations légales dans le cadre de nos obligations réglementaires de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Ces données pourront également être utilisées dans le cadre de l'intérêt légitime pour permettre de lutter contre la fraude à l'assurance. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

### A qui sont communiquées vos données ?

Vos données seront uniquement communiquées à nos assureurs partenaires, et autres partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

### Quels sont vos droits ?

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement.

Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

### Pour nous contacter et exercer vos droits ?

Vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email : [dpo@assur-travel.fr](mailto:dpo@assur-travel.fr) ou par courrier à ASSUR TRAVEL à l'attention du DPO, 99 rue Parmentier - Zone Actiburo – 59650 Villeneuve d'Ascq.

Ou contacter l'assureur santé :

Sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité à l'adresse suivante [droitdaccés@generali.fr](mailto:droitdaccés@generali.fr) ou à l'adresse postale suivante Generali - Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL par courrier à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter notre « Politique de protection des données » et « Informations sur les cookies » accessibles sur notre site internet.

## VI - NOTRE PROPOSITION

Au vu des besoins exprimés au terme du présent diagnostic, nous vous recommandons de souscrire la garantie :

proposée par ASSUR TRAVEL.

Vous trouverez ci-joint, le Document d'Information sur le produit d'Assurance.

Le client reconnaît avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance proposé ci-dessus, en avoir conservé un exemplaire, et avoir reçu une information détaillée sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

Fait à :  Remis le :

en 2 exemplaires

Votre courtier conseil

Vous

# ASSURANCE SANTE INTERNATIONALE

## Document d'information sur le produit d'assurance

Produit élaboré par ASSUR TRAVEL, SWISS LIFE, TOKIO MARINE HCC et VYV INTERNATIONAL ASSISTANCE dont les mentions légales sont inscrites en fin de document.



assur-travel

### Produit : ASSUR-TRAVEL EXPATRIE / ASPI SANTE

**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit ASSUR TRAVEL / ASPI Santé sont fournies au client dans les documents précontractuels et contractuels, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements en fonction du plan santé choisi.**

### De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit ASSUR TRAVEL EXPATRIE / ASPI SANTE est un produit d'Assurance Santé Internationale destiné aux détachés et aux expatriés. En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires. Ce produit d'assurance santé peut être souscrit au 1er euro, en complément de la CFE ou en complément de la sécurité sociale française. Il propose également en option des garanties prévoyance (décès, PTIA et arrêt de travail) et des options assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée.



### Qu'est ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule choisie. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

#### LES GARANTIES & SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS :

- ✓ **Hospitalisation** : hospitalisation chirurgicale, médicale, de jour, psychiatrique, honoraires médicaux et chirurgicaux. Examens, analyses et pharmacie, actes médicaux, chambre privée, lit d'accompagnant, forfait journalier, consultations externes liées à une hospitalisation, chirurgie ambulatoire de jour, rééducation immédiate suite à une hospitalisation, chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un accident, traitement du cancer, du sida, greffe d'organe, transport en ambulance ;
- ✓ **L'application Gapi Adhérents** : disponible sur Google Play et App Store pour faciliter la gestion des remboursements et le paiement des cotisations.

#### LES GARANTIES OPTIONNELLES :

- ✓ **Médecine courante** : consultations et actes de généralistes et de spécialistes, honoraires médicaux, pharmacie, actes d'auxiliaires médicaux, analyses médicales et radiologie, actes techniques médicaux ;
- ✓ **Maternité** : frais d'accouchement et des suites, séances de préparation à l'accouchement, test du dépistage du VIH, diagnostic des anomalies chromosomiques, accouchement avec chirurgie, FIV-stérilité, transport en ambulance ;
- ✓ **Prévention** : bilan de santé, vaccins ;
- ✓ **Médecines douces** : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie et médecine traditionnelle chinoise ;
- ✓ **Optique** : verre et monture, lentilles, chirurgie réfractive de l'oeil
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses y compris implants, orthodontie des enfants ;
- ✓ **Autres prothèses** : prothèses médicales ;

#### Les garanties optionnelles à l'offre santé

- ✓ **Prévoyance : Décès / PTIA**
- ✓ **Prévoyance : Arrêt de travail** : versement indemnités journalières
- ✓ **Responsabilité civile vie privée**
- ✓ **Assistance rapatriement** en cas de maladie, accident, décès



### Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les séjours en maison de repos, de diététique, de convalescence, en centre de thalassothérapie ainsi que les cures de désintoxication, de rajeunissement, d'amaigrissement y compris leurs suites ;
- ✗ Les frais non mentionnés dans les conditions générales ;

**Cette liste n'est pas exhaustive**



### Y-a-t'il des exclusions à la couverture ?

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! Les frais occasionnés suite à la consommation de drogues, narcotiques ou produits similaires notamment des médicaments incluant ces substances dans des doses non prescrites par un médecin ;
- ! Les frais relatifs aux états pathologiques consécutifs à la consommation d'alcool ;
- ! Les frais résultant d'une tentative de suicide ou de blessures et coups effectués à titre volontaire par l'intéressé ;
- ! Les frais résultant des conséquences de la pratique de sports dangereux tels que notamment : sports aériens, sports de combat, ascension de haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules aériens ;

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Plafond de garanties** : certains actes sont soumis à des plafonds de garanties (à consulter dans le tableau des garanties)
- ! **Franchise (au choix à l'adhésion)** : l'assuré a la possibilité de choisir ou non une franchise annuelle sur la garantie santé ;
- ! **Délais d'attente** : Certaines garanties santé sont soumises à des délais d'attente (Cf application éventuelle et détails dans la Notice Santé).

**Cette liste n'est pas exhaustive**



## Où suis-je couvert ?

- ✓ Pour la garantie santé et prévoyance : dans les pays correspondants à la zone de souscription du pays d'expatriation, Hors de la zone de souscription, une tolérance est acceptée uniquement pour les déplacements de moins de 60 jours et uniquement pour les frais suite à un accident ou maladie inopinée ;
- ✓ Pour la garantie assistance : dans le pays d'expatriation et hors du pays d'expatriation pour les déplacements de moins de 60 jours ; Pour la garantie responsabilité civile vie privée dans le pays d'expatriation.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### A la souscription du contrat :

- ✓ Remplir avec exactitude la demande d'adhésion ainsi que le questionnaire médical de santé de moins de 3 mois ;
- ✓ Etre âgé de moins de 65 ans le jour de l'adhésion ;
- ✓ Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- ✓ Régler ses cotisations suivant l'échéancier demandé ;

#### En cours de vie du contrat :

- ✓ En cas de modification de la situation personnelle, statut, domicile, activité, l'assuré doit informer l'assureur. En cas de changement du pays d'expatriation, l'assuré peut modifier les garanties souscrites et les adapter au pays de destination. Dans ce cas, les nouvelles garanties prennent effet le 1er jour du mois civil qui suit la demande de modification. Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.
- ✓ En cas d'hospitalisation, ou pour certains actes (à consulter dans les conditions générales), le malade doit faire parvenir à la commission médicale, au moins 10 jours avant l'hospitalisation ou le début de l'acte médical, la demande d'entente préalable détaillée, remplie et signée par le praticien, ainsi que le devis. En cas d'urgence manifeste, la demande d'entente préalable ainsi que le devis doivent être adressés dans les 3 jours qui suivent l'entrée à l'hôpital ou l'établissement de soins, avec mention du caractère urgent de l'acte.

#### En cas de sinistre :

- ✓ Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance à la date indiquée dans le contrat :

En intégralité au moment de l'adhésion, annuellement, trimestriellement ou semestriellement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque, par carte bancaire, par prélèvement SEPA ou par virement dans la monnaie au choix de l'assuré.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

#### Début de la couverture :

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion. En cas de vente à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat. Le contrat est souscrit jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit la date de prise d'effet des garanties. Il se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction.

#### Fin de la couverture :

- En cas de non-paiement des cotisations ;
- En cas de demande de résiliation formulé par l'assuré deux mois avant la fin de l'année civile ;
- En cas de retrait total de l'agrément de l'assureur ;

L'adhérent regagnant définitivement son pays d'origine doit en informer l'assureur au moins un mois avant sa date de retour.

L'adhésion cessera le jour de votre retour définitif dans votre pays d'origine.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat en adressant une lettre avec AR au moins 2 mois avant la fin d'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

En cas de révision des cotisations ou garanties, en nous adressant une demande dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.

Vous pouvez résilier le contrat après 12 mois courants d'adhésion, en adressant un écrit au centre de gestion.

# BULLETIN D'ADHÉSION



Document à retourner au centre de gestion :  
GAPI – ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq.  
contact@gapigestion.com

## CONTRAT N° A 4916.0004 à 0005

Cachet :

Date d'adhésion souhaitée : 

## L'ADHÉRENT

Nom :  Prénom :  Sexe :  M  FN° Sécurité Sociale :  Né(e) le :  Nationalité : 

Profession (si inactif préciser votre situation : sans emploi, retraité, étudiant, si gérant préciser la raison sociale de la société et secteur d'activité) :

Adresse : Pays d'origine :  Pays d'expatriation : Tél. :  E-mail : 

## MEMBRES DE LA FAMILLE A ASSURER

NOM - PRÉNOM : EMAIL (ayants-droits majeurs)	N° Sécurité Sociale	Sexe	Date de naissance
Conjoint* : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
Enfant 1 : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
Enfant 2 : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
Enfant 3 : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
Enfant 4 : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>

\*le terme de « conjoint » s'entend au sens du contrat.

## GARANTIES SANTÉ CHOISIES

Je choisis les garanties suivantes :

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BASIC*         | <input type="checkbox"/> PREMIUM ACCESS* | <input type="checkbox"/> PREMIUM* |
| <input type="checkbox"/> CONFORT ACCESS | <input type="checkbox"/> CONFORT         | <input type="checkbox"/> SUMMUM   |

\*uniquement si vous êtes expatrié dans la Zone A, B ou C.

**Territorialité complémentaire de la FRANCE :**

<input type="checkbox"/> <b>Zone A</b> Afrique (hors Afrique du Sud), Belgique.	<input type="checkbox"/> <b>Zone B</b> Pays non listés dans les zones A, C et D
<input type="checkbox"/> <b>Zone C</b> Brésil, Chine, Espagne, Hong Kong, Israël, Italie, Liban, Royaume-Uni, Russie, Singapour, Emirats Arabes Unis et Australie	<input type="checkbox"/> <b>Zone D</b> Canada, Japon et Bahamas

Je souhaite que les prestations Santé soient versées :

- au 1<sup>er</sup> Euro
- en complément de la Sécurité sociale

<b>Tarification :</b>	<input type="checkbox"/> Individuel	<input type="checkbox"/> Couple (2 adultes ou 1 adulte+1enfant)	<input type="checkbox"/> Famille
<b>Franchise annuelle :</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 150 €	<input type="checkbox"/> 300 €
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> 300 €	<input type="checkbox"/> 600 €
			<input type="checkbox"/> 450 €
			<input type="checkbox"/> 900 €

La franchise annuelle n'est pas disponible sur l'offre Basic.



Document à retourner au centre de gestion :  
GAPI – ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq.  
contact@gapigestion.com

## OPTIONS CHOISIES

### PRÉVOYANCE

OUI  NON

**Capital Décès / IAD\*** Montant choisi :  €  
minimum **30.000 €** maximum **300.000 €**  
Par tranche de 30.000 €, maximum versé : 300 % du salaire annuel brut ou 90.000 € si non salarié

**Option\*\* Arrêt de travail**

<b>Incapacité Temporaire de Travail</b>	Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/>
<b>Incapacité permanente</b>	Indemnité journalière <input type="text"/> Montant choisi : <input type="text"/> €

\* Invalidité Absolue Définitive.

\*\* Cette option peut être souscrite à condition que la garantie Capital Décès /IAD soit souscrite.

Vous êtes :  Salarié(e)  Non salarié(e) Si vous êtes salarié(e), le montant de votre salaire annuel brut :  €

### ASSISTANCE RAPATRIEMENT

OUI  NON |  Individuel  Couple  Famille |  Zone 1  Zone 2

### RESPONSABILITE CIVILE

OUI  NON |  Individuel  Couple  Famille |  Zones A,B,C  Zone D

## COTISATIONS

### COTISATIONS MENSUELLES

Santé :	<input type="text"/> €	Décès / IAD :	<input type="text"/> €	<b>TOTAL MENSUEL :</b>	<input type="text"/> €
Assistance Rapatriement :	<input type="text"/> €	Arrêt de travail :	<input type="text"/> €	Droit annuel Adhésion ASPI :	<input type="text"/> 23 €
Responsabilité Civile :	<input type="text"/> €			<b>TOTAL ANNUEL :</b>	<input type="text"/> €

## PAYEUR DE LA COTISATION

L'adhérent est le payeur de la cotisation (dans ces cas, ne pas compléter cette rubrique ci-dessous)

Le payeur de la cotisation est différent de l'adhérent

Nom / Prénom / Raison sociale :

Adresse :

C.P. :

Ville :

E-mail :

**Merci de de communiquer une copie de la pièce d'identité du payeur.**

## RÈGLEMENT DES COTISATIONS

### Adresse d'envoi des appels de cotisations :

Adresse :

CP :

Ville :

### Périodicité :

Annuelle  Semestrielle  Trimestrielle

### Modes de paiement :

Chèque  Paiement en ligne  
 Virement bancaire  Prélèvement automatique

### Devise de règlement :

Euro  Autre :



Document à retourner au centre de gestion :  
 GAPI – ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq.  
 contact@gapigestion.com

### REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS PAR VIREMENT (joindre un RIB)

L'adhérent est le bénéficiaire du règlement des prestations

#### Adresse d'envoi des décomptes de remboursement :

Adresse :

CP :      Ville :

#### Devise de remboursement :

Euro  Autre :

Le règlement des prestations est à réaliser sur un compte tiers

Nom, prénom / Raison sociale :

Adresse :

CP :      Ville :

Merci de communiquer une copie de la pièce du titulaire du compte.

### DÉCLARATIONS

Je demande et déclare adhérer à l'Association Santé Prévoyance Internationale (ASPI) 99 Rue Parmentier 59650 Villeneuve d'Ascq dont la cotisation est fixée à 23 € par an et par famille.

Je certifie :

- avoir reçu et pris connaissance du document d'information normalisé sur le produit d'assurance (fiche IPID),
- être apte à exercer des fonctions à temps plein,
- que toutes les déclarations ou réponses faites sur le bulletin d'adhésion et le questionnaire médical sont sincères et à ma connaissance complètes et exactes,
- adhérer au contrat collectif d'assurance Santé N°A 4916001 à 005 souscrit par l'association ASPI auprès de SWISS LIFE,
- adhérer au contrat collectif d'assurance Prévoyance N°A 4916006 souscrit par l'association ASPI auprès de SWISS LIFE si l'option Prévoyance a été souscrite,
- adhérer au contrat d'Assistance N°20190201 souscrit auprès de VYV INTERNATIONAL ASSISTANCE si l'option Assistance a été souscrite,
- adhérer au contrat d'assurance Responsabilité civile vie privée N°35524910 souscrit auprès de TOKIO MARINE HCC si l'option RC Vie privée a été souscrite.
- avoir reçu un exemplaire des notices d'informations et pris connaissance des garanties souscrites :

- Santé : Expatriés Santé Swiss Life • Prévoyance : Expatriés Prévoyance Swiss Life • Assistance : VYV INTERNATIONAL ASSISTANCE • RC Vie Privée : TMSL-RCEXP-0610
- autoriser GAPI à recevoir pour mon compte les décomptes du remboursement CFE ou des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et à percevoir directement de la CFE ou des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, le remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers payant.

Je déclare avoir pris connaissance de la politique de traitement des données personnelles d'ASSUR TRAVEL et de mes droits. Je reconnais et accepte qu'ASSUR TRAVEL soit amené à collecter et à traiter mes données personnelles dans le cadre de la gestion du présent contrat.

Afin de rester en contact et de pouvoir bénéficier des meilleurs services, j'accepte de recevoir des communications au sujet des produits et services d'ASSUR-TRAVEL ou de ses filiales. Je comprends que je peux me désinscrire à tout moment.

Je déclare également :

**1/ Qu'en signant le présent document, pour autant que la demande d'adhésion soit complète et acceptée par la Compagnie, je demande la prise d'effet des garanties d'assurances pour l'année civile en cours, avec tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sous réserve de l'encaissement de la cotisation.** Cette prise d'effet sera validée par la remise du certificat d'adhésion.

2/ Que par dérogation, pour le cas où cette remise n'a pas été accomplie car les conditions d'assurabilité ne permettraient pas une décision immédiate de l'assureur. Je devrais renvoyer avec la mention « bon pour accord » la lettre m'indiquant les dispositions spécifiques d'acceptation du risque. L'engagement définitif de la Compagnie sera alors matérialisé par l'envoi du Certificat d'adhésion comportant les nouvelles conditions d'assurabilité. Le contrat sera réputé conclu à la date de signature par l'assuré de cette dite lettre.

Dans tous les cas, l'assureur n'est pas engagé par la présente demande d'adhésion même si elle est accompagnée d'un versement, notamment et y compris s'il a donné lieu à encaissement par l'assureur. L'engagement de l'assureur ne pourra résulter que de l'émission du certificat d'adhésion et la prise d'effet des garanties - qui peut différer de la date de conclusion du contrat - est celle mentionnée à ce certificat sous réserve de l'acquiescement d'un premier versement.

**Toute réticence, omission ou déclaration inexacte, sont soumises, selon les cas, aux sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.**

Fait à :

le :

Signature de l'adhérent (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature du payeur (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Si le payeur est différent de l'adhérent

Les garanties Santé et Prévoyance sont accordées par **SwissLife Prévoyance et Santé** - Siège social : 7 Rue Belgrand, 92300 LEVALLOIS-PERRET - SA au capital social de 150 000 000 € - 322 215 021 RCS Nanterre, entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de contrôle Prudential et de Résolution (A.C.P.R.) - 4 place de Budapest CS92459 - 75436 Paris cedex 09 - FRANCE.

La garantie Assistance est accordée par **VYV INTERNATIONAL ASSISTANCE**, agissant au nom et pour le compte de : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE, ci-après dénommée « RMA » - Union technique d'assistance régie par le Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin - B.P. 62127 - 44121 VERTOU cedex, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de VERTOU sous le numéro 444 269 682 00027 et inscrite au Registre National des Mutuelles sous le matricule 444 269 682.

La garantie responsabilité civile vie privée est accordée par **TOKIO MARINE HCC**, nom commercial de Tokio Marine Europe S.A., société membre du Groupe Tokio Marine HCC. Tokio Marine Europe S.A. est agréée par le Ministre des Finances du Luxembourg et contrôlée par le Commissariat aux Assurances (CAA) situé au 7, boulevard Joseph II, L - 1840 Luxembourg, Grand Duché de Luxembourg. Tokio Marine Europe S.A. enregistrée au Registre de commerce et des sociétés du Luxembourg sous le No. B221975, son siège social est situé au 33 rue Sainte Zithe, L2763, Luxembourg. Capital social de 1 000 000 USD. Tokio Marine Europe S.A. (succursale en France) 6-8 boulevard Haussmann, 75441 Paris Cedex 09, est enregistrée au RCS de Paris sous le No B 843 295 221, TVA FR 60 843 295 221, agissant en conformité avec les règles françaises du code des assurances.

# DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (PRÉVOYANCE)

## IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

M.  Mme

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse (pour retour de l'accusé de réception) :

Code Postal :

Commune :

## ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DU CAPITAL DÉCÈS

A défaut de désignation d'un Bénéficiaire, ou si cette désignation résulte être caduque, le bénéfice du capital est attribué, par ordre de préférence :

- au conjoint de l'Adhérent non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, au partenaire de l'Adhérent lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'Adhérent, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, aux père et mère de l'Adhérent, par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'Adhérent.

### Avertissement :

INDIQUER: **Nom de naissance, noms d'usage, prénom(s) d'état civil** (tous les prénoms de l'état civil dans le même ordre), prénom d'usage, date de naissance, commune et département de naissance, **adresse**, ainsi que la répartition par part pour chacun d'eux. Lorsqu'un bénéficiaire déterminé accepte le bénéfice du contrat dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, sa désignation devient irrévocable (article L. 132-9 du Code des assurances).

L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes : soit par un avenant signé par l'assureur, par l'adhérent et par le bénéficiaire ; soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé seulement par l'adhérent et par les bénéficiaires (cette seconde modalité n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée).

Joindre : copie des pièces d'identité du (des) bénéficiaire(s) désigné(s)

**Informatique et libertés :** Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité Sociale conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant en m'adressant directement au Correspondant Informatique et Libertés de GAPI, ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France.

## Signature de l'adhérent

Fait à :

Signature de l'adhérent :

Le :



SwissLife

SwissLife Prévoyance et Santé - Siège social : 7 Rue Belgrand, 92300 LEVALLOIS-PERRET

SA au capital social de 150 000 000 €- 322 215 021 RCS Nanterre

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de contrôle Prudential et de Résolution (A.C.P.R)

4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ



ADHERENT AU CONTRAT - 1/2 (le présent questionnaire est composé de 2 feuillets)

**IMPORTANT : chaque question doit comporter une réponse. Cocher la case correspondante.**

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, vous devez apporter toutes les précisions utiles au paragraphe 15 (date, motif, durée, nature du traitement ou des examens, suites et séquelles, etc ...) daté et signé de votre part, en indiquant expressément à quelle(s) question(s) ces précisions se rapportent.

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé, vous êtes formellement invité(e) à transmettre ce questionnaire de santé sous pli cacheté au médecin-conseil de la société de gestion **GAPI - ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ.**

## LISEZ TRES ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

Le présent questionnaire doit, impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse.

QUESTIONS	L'adhérent	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
1/ Quel est <b>votre poids</b> (Kilogramme) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2/ Quelle est <b>votre taille</b> (Centimètre)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3/ <b>Etes-vous actuellement :</b>					
• sous traitement ou surveillance médical ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
• titulaire d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
4/ <b>Au cours des 10 dernières années</b> , avez-vous séjourné dans un hôpital, une clinique avec ou sans intervention chirurgicale y compris en hôpital de jour (autres que pour césarienne, ablation des végétations ou de la vésicule biliaire, amygdalectomie, appendicectomie), par exemple pour réaliser une endoscopie ; dans une maison de repos ou un établissement de cure ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
5/ <b>Avez-vous eu un traitement médical de plus d'un mois</b> (ex. pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
6/ <b>Avez-vous ou êtes vous atteint des affections médicales :</b> cardio-vasculaires (hypertension artérielle, coronaropathie ...), respiratoires, métaboliques (diabète, hypercholestérolémie...), digestives, hépatiques, urogénitales, neurologiques, neuropsychiatriques, psychiatriques, burn out, spasmophilie, des os, rhumatismales (lombalgies, lumbago, sciatique, hernie discale, arthrose ....), maladie du sang, cancers, tumorales, dermatologiques, ophtalmologiques, endocriniennes, ORL, ophtalmologiques (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme), ...	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
7/ <b>Avez-vous eu un arrêt de travail de plus d'un mois ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
8/ <b>Avez-vous eu au cours des 12 derniers mois des examens spéciaux dans un autre cadre que celui de la visite systématique</b> (ex. : examens de laboratoire, radiologie, imagerie médicale, endoscopie) ayant révélés une anomalie ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
9/ <b>Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C), VIH (virus du sida) dont le résultat a été positif ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
10/ <b>Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (remboursement à 100 % des frais médicaux) par votre régime social de base ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
11/ <b>Etes-vous en arrêt total ou partiel de travail pour maladie ou accident ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
12/ <b>Etes-vous atteint d'une affection ou d'une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical</b> (ex. tranquillisants, traitements pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
13/ <b>Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu dans les 12 prochains mois ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
14/ <b>Avez-vous une infirmité, un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
15/ <b>Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
16/ <b>Est-il prévu dans les 12 prochains mois que vous alliez :</b>					
• Passer des examens médicaux (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie) ou tout autre examen médical ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
• Faire l'objet d'une consultation spécialisée ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
• Subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

NOM et PRENOM de l'adhérent :

Paraphe :



## ADHERENT AU CONTRAT - 2/2 (le présent questionnaire est composé de 2 feuillets)

Précisez la nature, le motif et la date de la (ou des) affection(s) signalée(s) ci-dessous, ou de toute autre affection ou accident dont vous auriez été atteint(e).

### 17/ PRECISIONS COMPLEMENTAIRES :

**Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus et des réponses au questionnaire médical qui serviront de base à mon adhésion. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entrainera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, et que toute omission ou déclaration inexacte entrainera l'application des sanctions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.**

- Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité Sociale conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant en m'adressant directement au Médecin conseil de l'assureur (7 rue Belgrand 92 300 Levallois-Perret) ou de son Gestionnaire (ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France).

NOM et PRENOM de l'adhérent :

Fait à :

le :

Signature de l'adhérent (précédée de la mention « lu et approuvé »)

**NB : n'oubliez pas de joindre les deux feuillets de ce questionnaire et les deux feuillets de celui de votre conjoint à votre bulletin d'adhésion individuel.**



# CONJOINT DE L'ADHÉRENT - 1/2 (le présent questionnaire est composé de 2 feuillets)

**IMPORTANT : chaque question doit comporter une réponse. Cocher la case correspondante.**

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, vous devez apporter toutes les précisions utiles au paragraphe 15 (date, motif, durée, nature du traitement ou des examens, suites et séquelles, etc ...) daté et signé de votre part, en indiquant expressément à quelle(s) question(s) ces précisions se rapportent.

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé, vous êtes formellement invité(e) à transmettre ce questionnaire de santé sous pli cacheté au médecin-conseil de la société de gestion **GAPI - ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ.**

## LISEZ TRES ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

**Le présent questionnaire doit, impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse.**

	Conjoint de l'adhérent	Enfant 1*	Enfant 2*	Enfant 3*
1/ Quel est <b>votre poids</b> (Kilogramme) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2/ Quelle est <b>votre taille</b> (Centimètre)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3/ <b>Etes-vous actuellement :</b>				
• sous traitement ou surveillance médical ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
• titulaire d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
4/ <b>Au cours des 10 dernières années</b> , avez-vous séjourné dans un hôpital, une clinique avec ou sans intervention chirurgicale y compris en hôpital de jour (autres que pour césarienne, ablation des végétations ou de la vésicule biliaire, amygdalectomie, appendicectomie), par exemple pour réaliser une endoscopie ; dans une maison de repos ou un établissement de cure ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
5/ <b>Avez-vous eu un traitement médical de plus d'un mois</b> (ex. pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
6/ <b>Avez-vous ou êtes vous atteint des affections médicales :</b> cardio-vasculaires (hypertension artérielle, coronaropathie ...), respiratoires, métaboliques (diabète, hypercholestérolémie...), digestives, hépatiques, urogénitales, neurologiques, neuropsychiatriques, psychiatriques, burn out, spasmophilie, des os, rhumatismales (lombalgies, lumbago, sciatique, hernie discale, arthrose ....), maladie du sang, cancers, tumorales, dermatologiques, ophtalmologiques, endocriniennes, ORL, ophtalmologiques (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme), ...	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
7/ <b>Avez-vous eu un arrêt de travail de plus d'un mois ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
8/ <b>Avez-vous eu au cours des 12 derniers mois des examens spéciaux dans un autre cadre que celui de la visite systématique</b> (ex. : examens de laboratoire, radiologie, imagerie médicale, endoscopie) ayant révélés une anomalie ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
9/ <b>Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C), VIH (virus du sida) dont le résultat a été positif ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
10/ <b>Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (remboursement à 100 % des frais médicaux) par votre régime social de base ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
11/ <b>Etes-vous en arrêt total ou partiel de travail pour maladie ou accident ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
12/ <b>Etes-vous atteint d'une affection ou d'une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical</b> (ex. tranquillisants, traitements pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
13/ <b>Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu dans les 12 prochains mois ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
14/ <b>Avez-vous une infirmité, un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
15/ <b>Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ?</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
16/ <b>Est-il prévu dans les 12 prochains mois que vous alliez :</b>				
• Passer des examens médicaux (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie) ou tout autre examen médical ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
• Faire l'objet d'une consultation spécialisée ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
• Subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

\* enfant rattaché au conjoint qui ne figure pas sur le questionnaire de l'adhérent.

**NOM et PRENOM du conjoint :**

**Paraphe :**



## CONJOINT DE L'ADHERENT - 2/2 (le présent questionnaire est composé de 2 feuillets)

Précisez la nature, le motif et la date de la (ou des) affection(s) signalée(s) ci-dessous, ou de toute autre affection ou accident dont vous auriez été atteint(e).

### 17/ PRECISIONS COMPLEMENTAIRES :

**Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus et des réponses au questionnaire médical qui serviront de base à mon adhésion. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entrainera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, et que toute omission ou déclaration inexacte entrainera l'application des sanctions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.**

- Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité Sociale conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant en m'adressant directement au Médecin conseil de l'assureur (7 rue Belgrand 92 300 Levallois-Perret) ou de son Gestionnaire (ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France).

NOM et PRENOM de l'adhérent :

Signature du conjoint (précédée de la mention « lu et approuvé »)

NOM et PRENOM du conjoint :

Fait à :

le :

**NB : n'oubliez pas de joindre les deux feuillets de ce questionnaire et les deux feuillets de celui de votre conjoint à votre bulletin d'adhésion individuel.**

# POUR NE RIEN OUBLIER

Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.

## Avez-vous complété, daté, paraphé et signé ?

- La fiche d'information et de conseil
- Le bulletin d'adhésion
- Le questionnaire médical  
(attention aucune rature n'est acceptée par la compagnie, si le cas se présente complétez un nouveau QM)

## Avez-vous joint à votre demande ?

- Photocopie de votre passeport
- Photocopie de la pièce d'identité du payeur (si payeur différent de l'adhérent)
- Relevé d'identité bancaire
- Certificat d'affiliation à la CFE si le cas se présente
- Certificat de scolarité ou photocopie de la carte étudiante de l'année en cours des enfants à charge de plus de 16 ans
- Certificat de radiation de votre dernier contrat santé ou organismes complémentaires si le cas se présente
- Tableau des garanties de votre dernier contrat santé ou organismes complémentaires si le cas se présente

## Où envoyer votre demande d'adhésion ? Au choix par email ou par courrier :

[contact@gapigestion.com](mailto:contact@gapigestion.com)

**GAPI, ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France.**

## Pour toutes demandes d'informations complémentaires :

**Contacter notre centre de gestion GAPI**

**Tél. : 33 (0)3 28 54 03 20 - [contact@gapigestion.com](mailto:contact@gapigestion.com)**



**assur-travel**  
Partenaire de votre mobilité

**ASSUR-TRAVEL - Courtier Grossiste en assurances - N° ORIAS 07030650 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)**

Siège social : ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - France - Tél: 03 20 34 67 48 - Fax: 03 20 64 29 17  
SAS au capital de 100.000 € - RCS LILLE 451 947 378

Entreprise régie par le Code des assurances sous l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09  
et Souscripteur d'une assurance Responsabilité Civile et Garantie financière LLOYD'S INSURANCE COMPANY SA N°PIFI-202411-LLB6-100125.

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, Assur-travel exerce comme courtier en assurances.

La liste des compagnies d'assurance avec lesquelles nous travaillons est à votre disposition sur simple demande.

Service réclamation : ASSUR TRAVEL- Service Réclamation - ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - Tél: 03 20 34 67 48

Délais de traitement des réclamations : sous 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation.

Si notre service réclamation ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :  
par courrier simple à : LA MEDIATION de L'ASSURANCE - POLE PLANETE CSCA -TSA 50110 - 75441 PARIS cedex 09  
ou par email à [le-mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le-mediateur@mediation-assurance.org) ou à partir du site : <https://www.mediation-assurance.org/>